Deutscher Bundestag
9. Wahlperiode

Drucksache 9/1958

07. 09. 82

Sachgebiet 82

Gesetzentwurf

der Fraktionen der SPD und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung sozialrechtlicher Vorschriften (SVÄG 1982)

A. Problem

Zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherung sieht das Gesetz Maßnahmen vor, die es den Krankenkassen weiterhin ermöglichen sollen, Ausgaben und Einnahmen im Gleichgewicht zu halten und Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden. Die Maßnahmen sind notwendig, um die im Entwurf eines Sechsten Rentenversicherungs-Änderungsgesetzes vorgesehene Senkung der von der Bundesanstalt für Arbeit an die Krankenkassen zu zahlenden Beiträge für Arbeitslose aufzufangen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Mindereinnahmen von rd. 1,3 Mrd. DM führt.

B. Lösung

a) Die Rezeptblattgebühr soll von 1,50 DM auf 2 DM je verordnetes Arzneimittel angehoben werden.

b) Zu den Kosten der von einem Träger der Kranken- oder Rentenversicherung voll finanzierten Kur soll der Versicherte eine Zuzahlung von 10 DM pro Tag leisten.

c) Bei einem Krankenhausaufenthalt sollen 5 DM pro Tag zu den Kosten der Krankenhauspflege zugezahlt werden. Die Zahlung ist auf einen Zeitraum von sieben Tagen beschränkt.

d) Bestimmte Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, dürfen nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden.

Um eine unzumutbare Belastung der Versicherten zu vermeiden, sind Härteregelungen vorgesehen.

Außer den Maßnahmen zur finanziellen Entlastung aller Krankenkassen ist eine Regelung erforderlich, durch die eine gleichmäßige Verteilung der Mindereinnahmen, die den Krankenkassen durch die Kürzung der Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose entstehen, auf alle Krankenkassen erreicht wird. Die Beitragsausfälle werden durch einen zweistufigen Belastungsausgleich in Verbindung mit der Beitragsabführung an die Bundesanstalt für Arbeit ausgeglichen.

C. Alternativen

keine

D. Kosten

Die Träger der Kranken- und Rentenversicherung sowie der Bund werden von Kosten entlastet.

Länder und Gemeinden werden durch die Maßnahmen dieses Gesetzes nicht belastet.

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung sozialrechtlicher Vorschriften (SVÄG 1982)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 180 Abs. 8 Satz 2 Nr. 4 werden die Worte „wenn sie neben Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder neben Versorgungsbezügen gewährt werden," gestrichen.

2. In § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b werden die Worte „durch Rechtsverordnung" gestrichen.

3. In § 182a erhält Satz 1 Buchstabe a folgende Fassung:

   „a) von Arznei- und Verbandmitteln für jedes verordnete Mittel zwei Deutsche Mark,".

4. § 182f erhält folgende Fassung:

   „§ 182f

   (1) Die Versorgung mit Arzneimitteln nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b umfaßt die in Absatz 2 und auf Grund der Rechtsverordnung nach Absatz 5 bestimmten Arzneimittel nur, wenn dies nach den Absätzen 3 oder 4 oder auf Grund von § 368g Abs. 5 und § 525c Abs. 2a zugelassen ist. Die ärztliche Verordnung der von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel gehört zur ärztlichen Behandlung.

   (2) Absatz 1 gilt bei folgenden Arzneimitteln:

   1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendender Schnupfenmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel, Schmerzmittel,
   2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
   3. Abführmittel,
   4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

   Für die Zuordnung eines Arzneimittels zu einer der genannten Arzneimittelgruppen ist maßgeblich, daß das Arzneimittel für eines der vorgenannten Anwendungsgebiete zugelassen ist oder als zugelassen gilt.

   (3) Ein ausgeschlossenes Arzneimittel darf zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden, wenn das Arzneimittel notwendig ist, um Beschwerden zu behandeln, die im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen auftreten, und damit die Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung zu unterstützen.

   (4) Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel benötigt werden, die Verordnung des Arzneimittels zu ihren Lasten zulassen, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde.

   (5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b weitere Arzneimittel auszunehmen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Hierbei ist zu bestimmen, bei welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Die Absätze 3 und 4 sind anzuwenden.

   (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Heilmittel nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden."

5. Dem § 184 wird folgender Absatz 3 angefügt:

   „(3) Der Versicherte zahlt vom Beginn der Krankenhauspflege an für längstens sieben Tage fünf Deutsche Mark je Kalendertag an die leistungspflichtige Krankenkasse. Dies gilt nicht für die Zeit der teilstationären Krankenhauspflege. Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Dabei hat sie auch die Fälle zu regeln, in denen wegen derselben Krankheit im Kalenderjahr wiederholt Krankenhauspflege erforderlich wird."

6. In § 184a wird der bisherige Text Absatz 1 und folgender Absatz 2 angefügt:

   „(2) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 erhalten, zahlen zehn Deutsche Mark je Kalendertag an die leistungspflichtige Krankenkasse. Die Leistung der Krankenkasse gilt auch bei einer Zuzahlung des Versicherten als volle Kostenübernahme im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften. Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung nach Satz 1 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Satz 1 gilt nicht, wenn die Leistung nach Ab-

satz 1 der Krankenhauspflege (§ 184) vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt; in diesen Fällen gilt § 184 Abs. 3 entsprechend."

7. Dem § 187 werden folgende Absätze angefügt:

„(3) Die Satzung bestimmt, daß bei Kuren, zu deren Kosten die Krankenkasse Zuschüsse zahlt, der Versicherte zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung mindestens zehn Deutsche Mark je Kalendertag zuzuzahlen hat.

(4) Übernimmt die Krankenkasse die gesamten Kosten der Kur, hat der Versicherte zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zehn Deutsche Mark je Kalendertag zuzuzahlen. Die Leistung der Krankenkasse gilt in diesen Fällen als volle Kostenübernahme im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

(5) Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zuzahlung abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde."

8. In § 368g wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) In den Bundesmantelverträgen sind Regelungen über die zu Lasten der Krankenkassen zulässige Anwendung von nach § 182f allgemein ausgeschlossenen Arzneimitteln in der Sprechstunde in Fällen zu treffen, in denen solche Arzneimittel zur Vorbereitung auf oder im zeitlich begrenzten Anschluß an diagnostische oder therapeutische Eingriffe notwendig sind. Als Bestandteil der Bundesmantelverträge können die Vertragsparteien ein Verzeichnis der einzelnen Arzneimittel und Heilmittel erstellen, die nach § 182f von der Verordnung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen sind."

9. In § 525c wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) In den Verträgen der Ersatzkassen über die vertragsärztliche Versorgung sind Regelungen über die zu Lasten der Krankenkassen zulässige Anwendung von nach § 182f allgemein ausgeschlossenen Arzneimitteln in der Sprechstunde in Fällen zu treffen, in denen solche Arzneimittel zur Vorbereitung auf oder im zeitlich begrenzten Anschluß an diagnostische oder therapeutische Eingriffe notwendig sind. Das Verzeichnis nach § 368g Abs. 5 Satz 2 kann in die Verträge über die vertragsärztliche Versorgung übernommen werden."

10. Nach § 1242 wird folgender § 1243 eingefügt:

„§ 1243

(1) Zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung zahlt der Versicherte oder der Rentner für jeden Kalendertag der stationären Heilbehandlung zehn Deutsche Mark zu, wenn der Träger der Rentenversicherung die Heilbehandlung für ihn oder für einen seiner Angehörigen durchführt.

(2) Befindet sich der Betreute in einer stationären Heilbehandlung, die der Krankenhauspflege vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt, gilt § 184 Abs. 3 entsprechend.

(3) Die stationäre Heilbehandlung des Trägers der Rentenversicherung gilt auch bei einer Zuzahlung als Übernahme der vollen Kosten im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

(4) Bezieht ein Betreuter Übergangsgeld, das nach § 1241b begrenzt ist, hat er für die Zeit des Bezuges von Übergangsgeld eine Zuzahlung nicht zu leisten.

(5) Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung nach Absatz 1 und 2 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten würde."

Artikel 2

Änderung des Angestelltenversicherungsgesetzes

Nach § 19 des Angestelltenversicherungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 4 Abs. 2 des Beschäftigungsförderungsgesetzes vom 3. Juni 1982 (BGBl. I S. 641) geändert worden ist, wird folgender § 20 eingefügt:

„§ 20

(1) Zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung zahlt der Versicherte oder der Rentner für jeden Kalendertag der stationären Heilbehandlung zehn Deutsche Mark zu, wenn die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Heilbehandlung für ihn oder für einen seiner Angehörigen durchführt.

(2) Befindet sich der Betreute in einer stationären Heilbehandlung, die der Krankenhauspflege vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt, gilt § 184 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(3) Die stationäre Heilbehandlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte gilt auch bei einer Zuzahlung als Übernahme der vollen Kosten im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

(4) Bezieht ein Betreuter Übergangsgeld, das nach § 18b begrenzt ist, hat er für die Zeit des Bezuges von Übergangsgeld eine Zuzahlung nicht zu leisten.

(5) Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung nach Absatz 1 und 2 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten würde."

Artikel 3

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Nach § 41 des Reichsknappschaftsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zu-

letzt durch Artikel 4 Abs. 3 des Beschäftigungsförderungsgesetzes vom 3. Juni 1982 (BGBl. I S. 641) geändert worden ist, wird folgender § 42 eingefügt:

„§ 42

(1) Zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung zahlt der Versicherte oder der Rentner für jeden Kalendertag der stationären Heilbehandlung zehn Deutsche Mark zu, wenn die Bundesknappschaft die Heilbehandlung für ihn oder für einen seiner Angehörigen durchführt.

(2) Befindet sich der Betreute in einer stationären Heilbehandlung, die der Krankenhauspflege vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt, gilt § 184 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(3) Die stationäre Heilbehandlung der Bundesknappschaft gilt auch bei einer Zuzahlung als Übernahme der vollen Kosten im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

(4) Bezieht ein Betreuter Übergangsgeld, das nach § 40b begrenzt ist, hat er für die Zeit des Bezuges von Übergangsgeld eine Zuzahlung nicht zu leisten.

(5) Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung nach Absatz 1 und 2 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten würde."

Artikel 4

Änderung des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte

Das Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. September 1965 (BGBl. I S. 1448), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Zweiten Gesetzes zur Verbesserung der Haushaltsstruktur vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523), wird wie folgt geändert:

1. In § 7 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „und 1242" durch die Worte „, 1242 und 1243 Abs. 1, 2 und 5" ersetzt.
2. In § 9 Abs. 1 letzter Satz wird vor dem Textteil „§ 6 Abs. 2a" der Textteil „§ 1243 Abs. 1, 2 und 5 der Reichsversicherungsordnung," eingefügt.
3. In § 41 Abs. 1 Satz 1 wird die Jahreszahl „1982" durch „1983" ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 6 des Gesetzes vom 3. Juni 1982 (BGBl. I S. 641), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 3 Satz 2 wird das Wort „Achtzehntels" durch das Wort „Zweiundzwanzigstels" ersetzt.
2. Dem § 11 werden folgende Absätze angefügt:

   „(3) Die Satzung bestimmt, daß bei Kuren, zu deren Kosten die Krankenkasse Zuschüsse zahlt, der Versicherte zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung mindestens zehn Deutsche Mark je Kalendertag zuzuzahlen hat.

   (4) Übernimmt die Krankenkasse die gesamten Kosten der Kur, hat der Versicherte zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zehn Deutsche Mark je Kalendertag zuzuzahlen. Die Leistung der Krankenkasse gilt in diesen Fällen als volle Kostenübernahme im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften.

   (5) Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zuzahlung abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde."
3. In § 13 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „durch Rechtsverordnung" gestrichen.
4. In § 14 erhält Satz 1 Buchstabe a folgende Fassung:

   „a) von Arznei- und Verbandmitteln für jedes verordnete Mittel zwei Deutsche Mark,".
5. § 16a erhält folgende Fassung:

„§ 16a

(1) Die Versorgung mit Arzneimitteln nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 umfaßt die in Absatz 2 und auf Grund der Rechtsverordnung nach Absatz 5 bestimmten Arzneimittel nur, wenn dies nach den Absätzen 3 oder 4 oder auf Grund von § 368g Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung zugelassen ist. Die ärztliche Verordnung der von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel gehört zur ärztlichen Behandlung.

(2) Absatz 1 gilt bei folgenden Arzneimitteln:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskranheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendender Schnupfenmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel, Schmerzmittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Für die Zuordnung eines Arzneimittels zu einer der genannten Arzneimittelgruppen ist maßgeblich, daß das Arzneimittel für eines der vorgenannten Anwendungsgebiete zugelassen ist oder als zugelassen gilt.

(3) Ein ausgeschlossenes Arzneimittel darf zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden, wenn das Arzneimittel notwendig ist, um Beschwerden zu behandeln, die im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen auftreten, und damit die Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung zu unterstützen.

(4) Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel benötigt werden, die Verordnung des Arzneimittels zu ihren Lasten zulassen, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 weitere Arzneimittel auszunehmen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Hierbei ist zu bestimmen, bei welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Die Absätze 3 und 4 sind anzuwenden.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Heilmittel nach § 13 Abs. 1 Nr. 2, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden."

6. Dem § 17 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Der Versicherte zahlt vom Beginn der Krankenhauspflege an für längstens sieben Tage fünf Deutsche Mark je Kalendertag an die leistungspflichtige Krankenkasse. Dies gilt nicht für die Zeit der teilstationaren Krankenhauspflege. Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Dabei hat sie auch die Fälle zu regeln, in denen wegen derselben Krankheit im Kalenderjahr wiederholt Krankenhauspflege erforderlich wird."

7. In § 17 a wird der bisherige Text Absatz 1 und folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 erhalten, zahlen zehn Deutsche Mark je Kalendertag an die leistungspflichtige Krankenkasse. Die Leistung der Krankenkasse gilt auch bei einer Zuzahlung des Versicherten als volle Kostenübernahme im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften. Die Satzung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung nach Satz 1 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Satz 1 gilt nicht, wenn die Leistung nach Absatz 1 der Krankenhauspflege (§ 17) vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt; in diesen Fällen gilt § 17 Abs. 3 entsprechend."

8. In § 94 Abs. 4 Satz 2 wird das Wort „Achtzehntels" durch das Wort „Zweiundzwanzigstels" ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

In § 157 des Arbeitsförderungsgesetzes vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), zuletzt geändert durch § 6 der Zweiten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 1. April 1982 (BGBl. I S. 418), wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3 a eingefügt:

„(3 a) Die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die Ersatzkassen und die Bundesknappschaft bringen einen Betrag in Höhe von drei Siebenteln der Beiträge nach Absatz 1 bis 3 auf; dieser Betrag wird aus den Beiträgen nach § 380 der Reichsversicherungsordnung in einem Vomhundertsatz des Grundlohns aufgebracht, der dem Verhältnis dieses Betrages zur Grundlohnsumme nach Maßgabe des § 393 b Abs. 1 Satz 5 der Reichsversicherungsordnung der Mitglieder der genannten Träger der Krankenversicherung entspricht. Die Bundesverbände der Krankenkassen, die nach § 525 a der Reichsversicherungsordnung gebildeten Verbände und die Bundesknappschaft stellen die auf die jeweilige Kassenart entfallenden Beträge von drei Siebenteln der Beiträge nach Absatz 1 bis 3 und die Grundlohnsumme fest. Sie regeln gemeinsam mit der Bundesanstalt für Arbeit durch öffentlich-rechtlichen Vertrag die Berechnung der Beträge nach Satz 1. Kommt ein Vertrag nicht zustande, so kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Berechnung der Beträge nach Satz 1 dem Bundesversicherungsamt übertragen. Übersteigen bei einem der genannten Träger der Krankenversicherung drei Siebentel der nach Absatz 1 bis 3 zu zahlenden Beiträge den von ihm aufzubringenden Betrag nach Satz 1, so steht ihm ein Anspruch auf Erstattung des Unterschiedsbetrages gegen die Bundesanstalt für Arbeit zu. Übersteigt bei einem der genannten Träger der Krankenversicherung der von ihm aufzubringende Betrag nach Satz 1 drei Siebentel der nach Absatz 1 bis 3 zu zahlenden Beiträge, so steht der Unterschiedsbetrag der Bundesanstalt für Arbeit zu."

Artikel 7

Übergangsvorschrift

§ 184 Abs. 3, § 184 a Abs. 2, § 187 Abs. 3 bis 5, § 1243 der Reichsversicherungsordnung, § 11 Abs. 3 bis 5, § 17 Abs. 3, § 17 a Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, § 20 des Angestelltenversicherungsgesetzes, § 42 des Reichsknappschaftsgesetzes, § 7 Abs. 2 Satz 2 und § 9 Abs. 1 letzter Satz des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte gelten nur, wenn die Leistung nach dem 31. Dezember 1982 beginnt.

Artikel 8

Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin.

Artikel 9

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt, soweit nachfolgend nicht etwas anderes bestimmt ist, am 1. Januar 1983 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 2, 4, 8 und 9, Artikel 5 Nr. 3 und 5 treten am 1. April 1983 in Kraft.

Bonn, den 7. September 1982

Wehner und Fraktion

Mischnick und Fraktion

Begründung

I. Allgemeiner Teil

Um die notwendige Anpassung der Volkswirtschaft an den weltwirtschaftlichen Strukturwandel, an veränderte Wettbewerbsverhältnisse sowie an neue Preis- und Kostenstrukturen zu erleichtern, hat die Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Bundeshaushalt 1983 eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen, die auch die Einnahmen- und Ausgabenstruktur der Träger der sozialen Sicherung berühren.

Durch die im Entwurf eines Sechsten Rentenversicherungs-Änderungsgesetzes vorgesehene Herabsetzung der von der Bundesanstalt für Arbeit an die Krankenkassen zu zahlenden Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1983 Mindereinnahmen von rd. 1,3 Mrd. DM. Ohne flankierende Maßnahmen zur Entlastung der Krankenversicherung auf der Ausgabenseite würde sich daraus für viele Krankenkassen die Notwendigkeit ergeben, die Beitragssätze erheblich anzuheben. Die damit verbundene Steigerung der Abgabenbelastung der Beitragszahler, d. h. der Versicherten und ihrer Arbeitgeber, würde sich negativ auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, insbesondere auf die Beschäftigungslage, auswirken.

Es werden deshalb Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherung vorgeschlagen, die es den Krankenkassen ermöglichen sollen, Ausgaben und Einnahmen im Gleichgewicht zu halten und Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden.

Zur Stabilisierung der Beitragssätze tragen auch die Einnahmeverbesserungen der Krankenkassen in Höhe von insgesamt ca. 600 Mio. DM im Jahre 1983 bei, die sich aus der im Rentenanpassungsgesetz 1982 beschlossenen Beitragspflicht für Einkünfte der Rentner, die sie neben ihrer Rente beziehen (Versorgungsbezüge), ergeben. Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Entlastung der Krankenversicherung betreffen zum einen den Bereich der Zuzahlungen des Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungen:

— Die Rezeptblattgebühr soll von 1,50 DM auf 2 DM je verordnetes Arzneimittel angehoben werden.

— Zu den Kosten der von einem Träger der Kranken- oder Rentenversicherung voll finanzierten Kur soll der Versicherte eine Zuzahlung von 10 DM pro Tag leisten.

— Bei einem Krankenhausaufenthalt soll der Versicherte 5 DM pro Tag zu den Kosten der Krankenhauspflege zuzahlen. Die Zuzahlung ist auf einen Zeitraum von sieben Tagen beschränkt.

Zum anderen sollen die vorgeschlagenen Maßnahmen dazu beitragen, das Leistungsspektrum der Krankenversicherung stärker auf den Bereich der für die Gesundheitssicherung notwendigen Leistungen auszurichten. Das soll für den Bereich der Arznei- und Heilmittelversorgung dadurch erreicht werden, daß die Kosten für bestimmte Arznei- und Heilmittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden. Diese Ausgrenzung von im allgemeinen medizinisch nicht unbedingt notwendigen Leistungen aus der Leistungspflicht der Versichertengemeinschaft trägt zugleich dazu bei, das gesundheitspolitisch wichtige Ziel zu errreichen, einem gerade im Bereich von „Befindlichkeitsstörungen" auftretenden Arzneimittelverbrauch bedenklichen Ausmaßes entgegenzuwirken.

Um eine in Ausnahmefällen mögliche unzumutbare Belastung von Versicherten durch die vorgeschlagenen Maßnahmen zu vermeiden, sind Härteregelungen vorgesehen.

Neben den Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherung ist eine flankierende Regelung erforderlich, die sich darauf richtet, das angestrebte Ziel der Aufrechterhaltung der Beitragssatzstabilität nicht nur für die Krankenversicherung insgesamt, d. h. im Durchschnitt aller Krankenkassen, zu erreichen. Anzustreben ist vielmehr, die Kürzung der Krankenversicherungsbeiträge der Bundesanstalt für Arbeit in der Weise zu kompensieren, daß alle Krankenkassen in die Lage versetzt werden, Beitragssatzanhebungen zu vermeiden. Das wird durch die o. g. Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherung allein nicht erreicht, da der Entlastungseffekt sich im Grundsatz bei allen Krankenkassen in gleicher Weise auswirkt, während das Ausmaß der Beitragsausfälle bei den einzelnen Krankenkassen in Abhängigkeit von der jeweiligen Arbeitslosenquote erhebliche Unterschiede aufweist. Es soll vermieden werden, daß eine vom Gesetzgeber zu beschließende Veränderung in der Finanzierungsstruktur der Träger der Sozialversicherung zu einer systematischen Benachteiligung von Krankenkassen mit einem hohen Anteil arbeitsloser Versicherter führt.

Nicht vertretbar wäre ein solches Ergebnis auch unter dem Aspekt, daß damit durch Beschlüsse des Gesetzgebers die ohnehin vorhandenen Unterschiede in der Risikostruktur und das damit verbundene Problem der Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen weiter verschärft würde.

Es ist deshalb eine Regelung vorgesehen, die Verwerfungen in der Finanzierungsstruktur der Krankenkassen vermeidet und die Krankenkassen entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit gleichmäßig belastet.

II. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 180 RVO)

Auf Grund dieser Änderung werden alle Empfänger von Leistungen der Altershilfe für Landwirte als Bezieher von Versorgungsbezügen beitragspflichtig, unabhängig davon, ob sie daneben eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder andere Versorgungsbezüge erhalten. Durch diese Neuregelung wird die Gleichbehandlung aller Leistungsempfänger der Altershilfe für Landwirte erreicht.

Zu Nummer 2 (§ 182 RVO)

Die Streichung ist eine Folgeänderung der Neufassung des § 182f RVO (vgl. Artikel 1 Nr. 4).

Zu Nummer 3 (§ 182a RVO)

Die Erhöhung der Verordnungsblattgebühr ist eine von mehreren Maßnahmen, durch die die Mindereinnahmen der Krankenkassen, die infolge der Herabsetzung der Bemessungsgrundlage für die Beiträge der Arbeitslosen zu erwarten sind, ausgeglichen werden sollen. Im übrigen bleibt die Vorschrift — auch die Härteregelung in Satz 3 — unverändert.

Zu Nummer 4 (§ 182 f RVO)

Die Neufassung der bisher als Verordnungsermächtigung ausgestalteten Regelung, Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel zu bestimmen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden und deren Kosten nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden sollen, beruht auf der Absicht, eine Reihe entsprechender Arzneimittelgruppen bereits im Gesetz festzulegen.

Im einzelnen ist zu der Vorschrift folgendes zu bemerken:

Zu Absatz 1

Satz 1 definiert den Anwendungsbereich und stellt klar, daß sich die getroffene Ausschlußregelung auf den Leistungsbereich der Krankenpflege und ihrer Erfüllung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung beschränkt.

Satz 2 verdeutlicht, daß es ausschließlich darum geht, die Kosten der Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen herauszunehmen, nicht jedoch die Kosten der damit verbundenen ärztlichen Behandlung und der gegebenenfalls erforderlichen Ausstellung eines Rezepts. Diese Regelung verhindert daher nicht, daß der Versicherte bei Beschwerden den Arzt in Anspruch nimmt. Andererseits ist auch nicht ausgeschlossen, daß der Versicherte sich solche Arzneimittel ohne Inanspruchnahme des Arztes unmittelbar — mit der Möglichkeit der Beratung durch den Apotheker — beschafft.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 schließt Arzneimittel solcher Arzneimittelgruppen von der Verordnung zu Lasten der Krankenkassen aus, die üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Die Auswahl der hier betroffenen Arzneimittelgruppen erfolgt unabhängig von ihrer stofflichen Zusammensetzung ausschließlich nach Anwendungsgebieten, so daß von der Regelung auch Arzneimittel besonderer Therapierichtungen erfaßt werde können.

Die Bestimmung der Arzneimittel unter Nummer 1 geht davon aus, daß eine Trennung der Arzneimittel gegen Husten, Schnupfen und Heiserkeit von Arzneimitteln gegen Erkältungskrankheiten nicht möglich ist, da die Mehrzahl dieser Arzneimittel Kombinationen sind, die auch die Einzelindikation Husten oder Schnupfen abdecken.

Die unter Nummer 4 aufgeführten Arzneimittel betreffen Arzneimittel zur Behandlung von Reisekrankheiten mit den Leitsymptomen Schwindel, Übelkeit und Erbrechen.

Die Regelung in Satz 2 des Absatzes 2 enthält eine Bestimmung, die die Zuordnung von Arzneimitteln unter die vorgenannten Arzneimittelgruppen ermöglichen soll.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift in Absatz 3 läßt die Verordnung ausgeschlossener Arzneimittel zu Lasten der Krankenkasse zu, wenn die Beschwerden, zu deren Behandlung sie angewandt werden müssen, so im Zusammenhang mit einer schwerwiegenden Erkrankung stehen, daß eine Behandlung dieser Beschwerden notwendig ist, damit zugleich die Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung unterstützt wird. Damit soll ermöglicht werden, daß einerseits der Anwendungsbereich der Ausschlußregelung generell entsprechend dem üblichen Therapiezweck dieser Arzneimittel auf den Bereich der „Bagatellerkrankungen" beschränkt bleibt und andererseits der Arzt in der beschriebenen besonderen Therapiesituation zur Sicherung des Heilerfolgs bei schwerwiegender Erkrankung das Arzneimittel auch zu Lasten der Krankenkasse verordnen darf. Die Regelung räumt dem Arzt einen Beurteilungsspielraum ein.

Die Vorschrift gewinnt beispielsweise Bedeutung bei der Verordnung von Abführmitteln im Zusammenhang mit der Behandlung von Herzinfarkt-, Hepatitis- oder Dialysepatienten. Hinzuweisen ist darauf, daß die Verordnung des Arzneimittels in solchen Fällen dem Wirtschaftlichkeitsgebot und den Bestimmungen der Arzneimittel-Richtlinien, damit insbesondere auch der Beachtung des Erfordernisses des therapeutischen Nutzens, unterliegt.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift räumt den Krankenkassen die Möglichkeit ein, eine Härtefallregelung vorzusehen.

Hinsichtlich der Beurteilung der „Zumutbarkeit" der Belastung wird davon ausgegangen, daß dafür

Einkommensgrenzen angesetzt werden, die denen vergleichbarer Härteregelungen (z. B. bei der Verordnungsblattgebühr nach § 182 a RVO) entsprechen.

Zu Absatz 5

Die bisherige Verordnungsermächtigung wird als Ergänzungsregelung beibehalten.

Zu Absatz 6

Durch die Regelung in Absatz 6 soll die Möglichkeit ausgeschlossen werden, von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossene Arzneimittel durch Heilmittel zu substituieren.

Es wird davon ausgegangen, daß damit auch die Substitution der ausgeschlossenen Arznei- und Heilmittel durch vergleichbare Maßnahmen im Rahmen der ärztlichen Behandlung unterbleibt. Gegebenenfalls werden die Vertragspartner entsprechende Vereinbarungen zu treffen haben.

Zu Nummer 5 (§ 184 RVO)

Die Zuzahlung der Versicherten zu den Kosten der Krankenhauspflege soll u. a. dazu beitragen, daß die infolge der Haushaltsbeschlüsse der Bundesregierung eingetretenen Beitragsausfälle der Krankenkassen ausgeglichen werden. Grundsätzlich soll der Versicherte während der ersten sieben Tage des Aufenthalts im Krankenhaus für jeden Tag fünf Deutsche Mark zahlen.

Wegen der Besonderheit der teilstationären Behandlung entfällt für die Tage, an denen die Krankenhauspflege teilstationär gewährt wird, die Zahlung des Versicherten.

Die Zahlungspflicht besteht in demselben Umfang auch für jeden mitversicherten Familienangehörigen.

Ob im Einzelfall eine Zuzahlung zu leisten ist, kann die Krankenkasse auf Grund des ihr bekannten Sachverhalts leichter feststellen als das Krankenhaus. Sie hat ohnehin zu prüfen, ob die in ihrer Satzung festgelegten Voraussetzungen für die Befreiung von der Zahlung vorliegen. Es ist deshalb vorgesehen, daß die Zahlung an die Krankenkasse zu leisten ist.

Damit durch die Zuzahlung keine unzumutbaren Belastungen für den Versicherten entstehen, hat die Satzung die Voraussetzungen für die Befreiung von der Zahlung in Härtefällen zu bestimmen. Die Spitzenverbände der Träger der Kranken- und Rentenversicherung sollten zur Abgrenzung der Härtefälle einheitliche Grundsätze festlegen, um die Durchführung zu erleichtern.

Zu Nummer 6 (§ 184a RVO)

Die Zuzahlung der Versicherten zu den Kosten der Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen soll u. a. dazu beitragen, daß die infolge der Haushaltsbeschlüsse der Bundesregierung eingetretenen Beitragsausfälle der Krankenkassen ausgeglichen werden.

Wenn es sich um Leistungen handelt, die der Krankenhauspflege vergleichbar sind (z. B. Anschlußheilbehandlung nach Herzinfarkt, Krebsnachsorge, Entwöhnungsmaßnahmen für Suchtkranke), hat der Versicherte nur den Betrag zu zahlen, den er bei Krankenhauspflege zu zahlen hätte. Bei der Feststellung der Vergleichbarkeit kommt es allein auf die Maßnahme, nicht aber auf die Einrichtung an, in der die Leistung erbracht wird. Unter „ergänzend anschließt“ ist nicht nur der unmittelbare Anschluß an die Krankenhauspflege zu verstehen. Dazu gehören auch die Maßnahmen, die als Fortsetzung der Krankenhauspflege in einer Kur- oder Spezialeinrichtung erbracht werden.

Durch Satz 2 wird sichergestellt, daß Ansprüche auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Kuren nicht dadurch entfallen, daß der Versicherte von den Kurkosten 10 DM täglich zu tragen hat.

Zu Nummer 7 (§ 187 RVO)

Ebenso wie bei stationär durchgeführten Kuren (vgl. § 184a) sollen auch bei anderen Kuren die Versicherten zu den gesamten Kurkosten mindestens 10 DM täglich zuzahlen. Dies wird durch die Regelung in Absatz 3 und Absatz 4 Satz 1 sowohl bei voller Kostenübernahme als auch bei der Zahlung eines Zuschusses sichergestellt.

Absatz 4 Satz 2 stellt klar, daß Ansprüche auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Kuren nicht dadurch entfallen, daß der Versicherte von den Kurkosten 10 DM täglich zu tragen hat.

Durch die Regelung in Absatz 5 wird auch bei Kuren eine Befreiung von der Zahlung in Härtefällen ermöglicht.

Zu Nummer 8 (§ 368g Abs. 5 RVO)

Es handelt sich um eine durch die Neufassung des § 182f RVO (vgl. Artikel 1 Nr. 4) bedingte Vorschrift. Danach sind Regelungen vorzusehen, die die Anwendung der ausgeschlossenen Arzneimittel (zu Lasten der Krankenkassen) in den bezeichneten Fällen in der Sprechstunde ermöglichen, was z. B. bei Abführmitteln vor diagnostischen Eingriffen oder Operationen notwendig sein kann, ebenso z. B. bei Mund- und Rachentherapeutika zur Spülung/Desinfektion vor und nach operativen Eingriffen im Mund- und Rachenraum. Nach der vorgesehenen Vorschrift soll dies der Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen übertragen werden.

Ferner soll im Hinblick auf die Praktikabilität der Regelungen, durch die Arzneimittel aus der Leistungspflicht ausgeschlossen werden, diesen Beteiligten ermöglicht werden, ein Verzeichnis der allgemein ausgeschlossenen Arzneimittel und Heilmittel zu erstellen. Grundlage für dieses Verzeichnis sind die beim Bundesgesundheitsamt gesammelten amtlichen Meldungen nach dem Arzneimittelgesetz.

Zu Nummer 9 (§ 525c Abs. 2a RVO)

Es handelt sich um eine Folgeregelung aus der Neufassung des § 182f für das Vertragsrecht der Ersatzkassen, die gleichermaßen für die Vertragspartner der Bundesmantelverträge in § 368g Abs. 5 (vgl. Artikel 1 Nr. 8) vorgesehen ist.

Zu Nummer 10 (§ 1243 RVO)

Die Vorschrift führt ebenso wie in der Krankenversicherung eine Zuzahlung auch bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung ein. Es bleibt jedoch dabei, daß der Rentenversicherungsträger die Sachleistung in vollem Umfang erbringt.

Die Bestimmung des Zeitpunktes, in dem die Zuzahlung erfolgen soll, soll der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers überlassen werden. Die Bewilligung und die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme darf jedoch nicht von der Zuzahlung abhängig gemacht werden. Dem Rentenversicherungsträger soll es überlassen bleiben, mit der Rehabilitationseinrichtung zu vereinbaren, daß diese während der Rehabilitationsmaßnahme den Betrag für den Rentenversicherungsträger entgegennimmt. Die Verantwortung für die Beitreibung der Forderung trägt der Rentenversicherungsträger.

Bei Heilbehandlungen, die einer Krankenhauspflege vergleichbar sind, oder an diese anschließen, z. B. die Anschlußheilbehandlung, die Behandlung wegen aktiver Tuberkulose oder die Behandlung Abhängigkeitskranker, soll die Zuzahlung aus Gründen der Gleichbehandlung ebenso hoch sein wie in der Krankenversicherung. Im Hinblick darauf, daß die Rentenversicherungsträger derartige Leistungen nur in Kur- und Spezialeinrichtungen erbringen und eine Krankenhauspflege als Leistungsart nicht kennen, ist es nicht erforderlich, daß die Heilbehandlung einer Krankenhauspflege entspricht. Deshalb ist auch die bei Krankenhauspflege vorgesehene Zuzahlung nicht erneut zu leisten. Zeitpunkt und Empfänger der Zuzahlung werden auch in diesen Fällen vom Rentenversicherungsträger bestimmt. Absatz 3 stellt sicher, daß der Anspruch des Versicherten auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durch die Zuzahlung nicht berührt wird.

Absatz 4 macht für Bezieher von Übergangsgeld eine Ausnahme von der Zuzahlung, da diese Leistung bereits zum 1. Januar 1982 gesenkt worden ist. Die Ausnahme soll jedoch nicht für die Versicherten gelten, die keinen Anspruch auf Übergangsgeld haben und diese Leistung nur anstelle der Rente erhalten oder Übergangsgeld wegen der Anrechnung einer Rente nicht beziehen, weil diese Versicherten im Ergebnis wie Rentner behandelt werden müssen.

Absatz 5 sieht vor, daß durch die Satzung weitere Ausnahmen vorgesehen werden, wenn die Zuzahlung zu Härten führen würde.

Solche Ausnahmen liegen z. B. dann vor, wenn die Zuzahlung dem Versicherten wegen seines Einkommens nicht oder nur für einen bestimmten Zeitraum zuzumuten ist oder im selben Kalenderjahr eine erneute Heilbehandlung infolge derselben Krankheit oder Behinderung oder einer im Zusammenhang mit dieser Krankheit oder Behinderung auftretenden weiteren Krankheit oder Behinderung erforderlich ist. Die Ausnahmen sollten die Träger der Kranken- und Rentenversicherung im Interesse einer Gleichbehandlung ihrer Versicherten durch Vereinbarung näher bestimmen.

Zu Artikel 2

vgl. zu Artikel 1 Nr. 10

Zu Artikel 3

vgl. zu Artikel 1 Nr. 10

Zu Artikel 4

Zu Nummern 1 und 2 (§§ 7 und 9 GAL)

Vergleiche Begründung zu der entsprechenden Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung (Artikel 1 Nr. 10 — § 1243 RVO —)

Zu Nummer 3 (§ 41 GAL)

Die Verlängerung der Landabgaberente um ein Jahr bis Ende 1983 vollzieht die hinsichtlich des Verlängerungszeitraumes verbindliche Änderung der EG-Richtlinie 72/160 (auf Grund des Beschlusses des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 24. Juni 1982) nach. Im Hinblick auf den Übergangscharakter der Verlängerung wurde von einer Überprüfung der künftigen Ausgestaltung der innerstaatlichen Regelung abgesehen. Diese wird erfolgen, wenn der Ministerrat der Europäischen Gemeinschaften seine Beschlüsse zu den von der EG-Kommission angekündigten Vorschlägen zur Fortentwicklung der EG-Agrarstrukturpolitik gefaßt hat.

Zu Artikel 5

Zu Nummer 1 (§ 4 KVLG)

Die Vorschrift regelt die Höhe des Zuschusses, den die von der Krankenversicherungspflicht befreiten Altersgeldempfänger zu ihrer privaten Krankenversicherung erhalten. Durch die Änderung wird der Zuschuß in demselben Umfang herabgesetzt, wie die pflichtversicherten Altersgeldempfänger durch die Beitragspflicht der Leistungen der Altershilfe belastet werden.

Zu Nummer 2 (§ 11 KVLG)

Die Änderung entspricht der Änderung in § 187 Abs. 3 bis 5 RVO.

Zu Nummer 3 (§ 13 KVLG)

Die Änderung entspricht der Änderung in § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b RVO.

Zu Nummer 4 (§ 14 KVLG)

Die Änderung entspricht der Änderung in § 182a Satz 1 Buchstabe a RVO.

Zu Nummer 5 (§ 16a KVLG)

Die Neufassung entspricht der Neufassung des § 182f RVO.

Zu Nummer 6 (§ 17 KVLG)

Die Änderung entspricht der Änderung in § 184 Abs. 3 RVO.

Zu Nummer 7 (§ 17a KVLG)

Die Änderung entspricht der Änderung in § 184a Abs. 2 RVO.

Zu Nummer 8 (§ 94 KVLG)

Die Vorschrift regelt die Höhe des Zuschusses, den die von der Krankenversicherungspflicht befreiten Altersgeldempfänger zu ihrer privaten Krankenversicherung erhalten. Durch die Änderung wird der Zuschuß in demselben Umfang herabgesetzt, wie die pflichtversicherten Altersgeldempfänger durch die Beitragspflicht der Leistungen der Altershilfe belastet werden.

Zu Artikel 6

Auf Grund der Senkung der Bemessungsgrundlage für die Beiträge der Bundesanstalt für Arbeit auf 70 v. H. des Bruttoentgelts (gemäß Artikel 8 des Entwurfs eines Sechsten Rentenversicherungs-Änderungsgesetzes — 6. RVÄndG) entstehen den Krankenkassen im Jahre 1983 Mindereinnahmen von rd. 1,3 Mrd. DM.

Die Beitragsausfälle treffen die einzelnen Krankenkassen wegen des unterschiedlich hohen Anteils von Arbeitslosen ungleichmäßig. Im Jahresdurchschnitt 1981 betrug die Arbeitslosenquote in der gesetzlichen Krankenversicherung (Anteil der arbeitslosen Leistungsempfänger an den Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung — ohne Rentner) rd. 3,9 v. H., im 1. Quartal des Jahres 1982 5,5 v. H. Die entsprechenden Werte nach Kassenarten lauten:

	Jahresdurchschnitt 1981 in v. H.	1. Quartal 1982 in v. H.
— Ortskrankenkassen	5,7	8,7
— Betriebskrankenkassen	1,4	1,7
— Innungskrankenkassen	3,2	5,6
— Arbeiter-Ersatzkassen	3,1	4,6
— Angestellten-Krankenkassen	2,8	3,3
— Bundesknappschaft	1,7	2,3

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung der Ausgaben der Krankenkassen, die im Jahre 1983 zu Einsparungen führen, werden die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt voraussichtlich um rd. 1,1 Mrd. DM entlasten. Ferner fließen den Krankenkassen auf Grund der mit dem Rentenanpassungsgesetz 1982 beschlossenen Beitragspflicht sonstiger Bezüge der Rentner (Versorgungsbezüge) ab 1. Januar 1983 Beitragsmehreinnahmen von rd. 0,6 Mrd. DM zu. Die vorgesehenen Entlastungsmaßnahmen insgesamt betreffen in etwa zu zwei Drittel die Krankenversicherung der Rentner, so daß die Krankenkassen insoweit einheitlich im Rahmen des Finanzausgleichs der Krankenversicherung der Rentner entlastet werden.

Auch soweit die vorgesehenen Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung die Ausgaben der aktiven Versicherten betreffen (rd. ein Drittel des Entlastungsvolumens), wirken sich diese weitgehend einheitlich bei den Krankenkassen aus.

Der Beitragsausfall aus der Senkung der Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsbeiträge der Bundesanstalt für Arbeit auf 70 v. H. des Bruttoentgelts kann somit durch die vorgesehenen Entlastungsmaßnahmen bei Krankenkassen mit hoher Arbeitslosenquote nicht ausgeglichen werden.

Es ist daher ein Ausgleich zwischen den Krankenkassen notwendig. Dieser Ausgleich soll in einem zweistufigen Verfahren durchgeführt werden. In der ersten Stufe wird der Ausgleichsbedarf kassenartenintern berechnet und festgestellt. In der zweiten Stufe werden die unterschiedlichen Belastungen der einzelnen Kassenarten untereinander ausgeglichen. Dazu sollen die Spitzenverbände der Träger der Krankenversicherung zusammen mit der Bundesanstalt für Arbeit die zum Ausgleich erforderlichen Beträge im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung ermitteln; dadurch wird der Autonomie der Kassen und ihrer Verbände Rechnung getragen. Nach Abschluß dieses Ausgleichsverfahrens bleibt jede Krankenkasse mit rd. 0,2 Beitragssatzpunkten durch die Mindereinnahmen belastet (Ergebnis siehe nachstehende Tabelle).

Das Beitragssatzgefüge der Kassenarten zueinander wird nicht verändert. Zusammen mit den Entlastungsmaßnahmen auf der Ausgabenseite der Krankenkassen, die sich bei allen Kassen weitgehend einheitlich in Höhe von 0,24 Beitragssatzpunkten niederschlagen, führt der vorgesehene Belastungsausgleich dazu, daß keine Kasse aus diesem Anlaß ihre Beitragssätze erhöhen muß.

Die Verantwortung der einzelnen Krankenkassen für eine ausgeglichene Finanzierung unter Aufrechterhaltung der Beitragssatzstabilität bleibt unberührt. Nach wie vor bleiben die Krankenkassen und ihre Vertragspartner aufgefordert, die notwendige Kostendämpfung in der Krankenversicherung weiterzuführen.

Der Bundesanstalt für Arbeit entstehen durch die Neuregelung keine Beitragsausfälle.

	Belastung durch Beitrags-ausfälle in Mio.	in Beitrags-satzpunkten	Belastung nach 2. Stufe des Ausgleichs in Mio.	in Beitrags-satzpunkten	Differenz in Mio.
Ortskrankenkassen	870	0,31	540	0,2	+ 330
Betriebskrankenkassen	55	0,06	175	0,2	− 120
Innungskrankenkassen	80	0,22	70	0,2	+ 10
Seekrankenkassen	3	0,21	3	0,2	± 0
Arbeiter-Ersatzkassen	15	0,14	20	0,2	− 5
Angestellten-Ersatzkassen	270	0,11	475	0,2	− 205
Bundesknappschaft	10	0,09	20	0,2	− 10
Gesetzliche Krankenversicherung	1 303	0,2	1 303	0,2	—

Zu Artikel 7

Die Zuzahlung soll erstmals zu leisten sein, wenn die Leistung nach dem 31. Dezember 1982 beginnt, und zwar unabhängig davon, wann sie bewilligt wurde.

Zu Artikel 8

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu Artikel 9

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Die Regelung über die Bagatellarzneimittel soll drei Monate später in Kraft treten, um die Anwendung für die Beteiligten zu erleichtern.

III. Wirtschaftliche Auswirkungen

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Die im Sechsten Rentenversicherungs-Änderungsgesetz vorgesehene Senkung der von der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose führt in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Mindereinnahmen in Höhe von 1,3 Mrd. DM.[1])

Der Entwurf sieht folgende Regelung vor:

1.1 Die gesetzliche Krankenversicherung soll durch Maßnahmen zur Reduzierung der Ausgaben im Jahre 1983 wie folgt entlastet werden:

— Erhöhung der Verordnungsblattgebühr bei Arzneimitteln von 1,50 DM auf 2 DM (§ 182 a RVO) 300 Mio. DM

— Leistungsausgrenzung von „Bagatell-Arzneimitteln" (§ 182f RVO) 580 Mio. DM[2])

— Zuzahlung der Versicherten bei Krankenhauspflege (§ 184 RVO) 190 Mio. DM

— Zuzahlung der Versicherten bei Kuren (§§ 184 a, 187 RVO) 20 Mio. DM

Entlastungen insgesamt 1.090 Mio. DM

1.2 Die durch die Senkung der Beiträge der Bundesanstalt für Arbeit entstehenden Einnahmeausfälle, die sich bei den einzelnen Krankenkassen auf Grund der stark differierenden Arbeitslosenquoten unterschiedlich stark auswirken, werden durch einen Belastungsausgleich zwischen den Krankenkassen ausgeglichen. Dadurch wird vermieden, daß diejenigen Krankenkassen, die auf Grund einer hohen Arbeitslosenquote von den Beitragsausfällen überdurchschnittlich stark betroffen sind und bei denen infolgedessen die Mindereinnahmen durch die in 1.1 genannten Entlastungsmaßnahmen nicht in vollem Umfang kompensiert werden, ihre Beitragssätze erhöhen müssen.

1.3 Außerdem verbessert sich die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund der mit dem Rentenanpassungsgesetz 1982 beschlossenen Beitragspflicht sonstiger Bezüge der Rentner (Versorgungsbezüge), die ab 1. Januar 1983 zu Beitragsmehreinnahmen in Höhe von 600 Mio. DM führt.

2. Gesetzliche Rentenversicherung

Die Rentenversicherungsträger werden durch die Einsparungsmaßnahmen dieses Gesetzentwurfs

— Zuzahlung der Versicherten bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen — um rd. 130 Mio. DM

entlastet.

[1]) Vorausberechnung für 1983

[2]) unter Berücksichtigung der Auswirkungen der vorgesehenen Ausnahmeregelungen

3. Altershilfe für Landwirte

Die Träger der Altershilfe für Landwirte werden durch die Einsparungsmaßnahmen dieses Gesetzentwurfs

— Zuzahlung der Versicherten bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen — um rd. 20 Mio. DM

entlastet.

IV. Finanzielle Auswirkungen

1. Finanzielle Auswirkungen auf den Bund:
   a) Die Einsparungen bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft wirken sich auch auf die Ausgaben des Bundes in Höhe von zusammen rd. 40 Mio. DM für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie im Rahmen der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner aus.
   b) Die Entlastungen der Träger der Rentenversicherung wirken sich wegen der Defizithaftung für die knappschaftliche Rentenversicherung auch auf die Ausgaben des Bundes (rd. 4 Mio. DM) aus.
   c) Die Einsparungen der Träger der Altershilfe für Landwirte wirken sich nicht auf die Ausgaben des Bundes im Rahmen der Altershilfe für Landwirte aus.
   d) Der Bund wird durch die Verlängerung der Landabgabenrente um ein Jahr ab 1983 um rd. 12 Mio. DM pro Jahr belastet.
   e) Der Bund wird durch die Einführung der Beitragspflicht aller Empfänger von Leistungen der Altershilfe für Landwirte in der Krankenversicherung der Landwirte um 120 Mio. DM in 1983 und um 100 Mio. DM jährlich ab 1984 entlastet.
2. Finanzielle Auswirkungen auf Länder und Gemeinden:
   Länder und Gemeinden werden durch die Maßnahmen nicht belastet.
3. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht erkennbar.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51
ISSN 0722-8333